N° 21

DES

REINS FLOTTANTS

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 16 MAI 1885

PAR

CHARLES DESMÉ

Né à Laruns (Basses-Pyrénées)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT (O. ✲ ✲)..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE .. .. }

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. DUPRÉ (✲ C. ✲).
Anatomie	BENOIT (O. ✲ ✲).
Clinique médicale	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON (✲ ✲).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologique...	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale. Chargé du cours..	SERRE.
Opérations et appareils. id. ..	CHALOT.
Pathologie externe.....	N.

MARTINS (O. ✲), COURTY (✲), I. DUMAS (✲), Profess. honor.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN (✲).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET	MM. MAIRET	MM. TEDENAT
GRYNFELTT	CHALOT	BLAISE
DE GIRARD	BIMAR	BAUMEL
SERRE	MOSSÉ (✲)	VILLE
CARRIEU	REGIMBEAU (✲)	GRANEL

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CASTAN, *président ;*
SERRE, chargé de cours ;
GAYRAUD, agrégé ;
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Regrets éternels !

A MON PÈRE

Je n'oublierai jamais ce que vous avez fait pour moi.

A MA TRÈS-CHÈRE SŒUR, ANNE DESMÉ

A MON FRÈRE, L'ABBÉ DESMÉ

A MES AUTRES FRÈRES ET SŒURS

CHARLES DESMÉ.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0079

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SERRE

Je vous dois la vie. Merci.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALOT

Tous mes remerciements.

CHARLES DESMÉ.

MEIS ET AMICIS

CHARLES DESMÉ.

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Dans le cours de chirurgie de l'abdomen fait durant le semestre d'hiver de l'année 1884-85, M. le professeur agrégé Chalot ayant eu occasion de parler des reins flottants, et principalement de leur traitement, l'idée nous est venue de prendre l'ectopie rénale et son traitement comme sujet de notre thèse inaugurale.

D'un autre côté, les recherches auxquelles nous nous sommes livré à la bibliothèque nous ayant appris qu'aucune thèse n'a été faite jusqu'à présent, à la Faculté de médecine de Montpellier, sur la question qui nous occupe, cette circonstance est venue nous confirmer dans notre première idée.

Notre prétention, hâtons-nous de le déclarer, n'est nullement de présenter un traité complet sur les reins flottants ; ce travail eût été au-dessus de nos forces. Nous nous contentons de soumettre à l'appréciation de nos Juges le fruit de nos recherches, en réclamant toute leur bienveillance pour la bonne volonté dont nous espérons avoir fait preuve.

Que M. le professeur agrégé Chalot reçoive tous nos remerciements pour les observations inédites que nous devons à son obligeance.

Nous avons divisé notre étude en cinq chapitres :

Le premier comprend la définition et l'historique ;

Le second, l'anatomie topographique et pathologique ;

Le troisième traite de l'étiologie ;

Dans le quatrième, nous faisons rentrer les symptômes et le diagnostic ;

Enfin le cinquième comprendra le pronostic et le traitement.

DES
REINS FLOTTANTS
ET DE LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE I[er]

DÉFINITION, SYNONYMIE, FRÉQUENCE

Les reins flottants, appelés aussi reins mobiles, ectopie rénale, luxation ou déplacement du rein, peuvent être définis en ces termes : déplacement du rein en vertu duquel cet organe est mobile dans le ventre, sans que pour cela il ait franchi les limites naturelles de la cavité abdominale. Cette définition, quoique applicable le plus souvent aux déplacements du rein, ne saurait comprendre les cas, rares à la vérité, où cet organe, après avoir joui d'une certaine mobilité, a fini par contracter avec les autres viscères des adhérences qui désormais le maintiendront dans une situation plus ou moins vicieuse. Nous citons, dans le courant de cette thèse, une observation qui indique de quelle manière les choses se passent dans ce cas. Mais alors l'affection, en

changeant de nature, ne saurait conserver le même nom, et la définition que nous avons donnée plus haut cesse d'être applicable. Il est bien entendu aussi que nous ne donnons point le nom de reins flottants à ces ectopies congénitales dont parle M. Cruveilhier dans son *Anatomie*, pas plus qu'à la hernie des reins, dont il existe dans la science quelques rares observations.

L'ectopie du rein est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne croit, mais elle est en général mal connue. Parmi les médecins qui n'ignorent pas que les reins peuvent être déplacés, qu'ils peuvent apparaître flottants dans le ventre et parvenir jusque sous la paroi abdominale, la plupart supposent que le fait ne se produit que très-exceptionnellement ; que c'est là une de ces curiosités pathologiques qu'on trouve bien signalée, il est vrai, dans les traités spéciaux, mais qui ne doivent pas tenir une place sérieuse dans les préoccupations de la clinique. Cette manière de voir est inexacte, et M. Walther (de Dresde), qui ne manque jamais d'examiner à ce point de vue tous les malades qui entrent dans son service, prétend que l'ectopie du rein est infiniment plus fréquente qu'on ne croit ; mais, comme elle ne se traduit pas toujours par des douleurs très-vives, elle passe inaperçue des médecins qui ne la recherchent pas avec une attention spéciale. Et, du reste, tous les auteurs qui ont traité la question nous parlent des nombreuses erreurs auxquelles cette affection donne lieu. Fritz, au moment où il voulut écrire sa monographie, ne put pas réunir plus de trente-cinq observations disséminées dans différents ouvrages ou recueils français et étrangers. Mais, aujourd'hui que ce déplacement est mieux connu, nous ne serons pas embarrassé pour en recueillir un nombre double ou triple.

Nous étudierons plus loin dans quelle proportion cette affection se rencontre chez l'homme et chez la femme, à quel âge, et quel est le côté de l'abdomen où ce déplacement siége le plus souvent.

HISTORIQUE

L'affection qui fait le sujet de cette étude paraît avoir pendant bien longtemps échappé à l'observation des médecins; car Mesué, le premier, fait mention de cette maladie, et encore les quelques lignes qu'il y consacre sont-elles peu précises. « Dislocatio accidit quandoque in renibus et vesica plurimum, et est ut a proprio removeatur loco et declinet ad dextrum vel sinistrum, inferius tendit magis...»

Ce n'est que plus d'un siècle après que Riolan nous donne en quelques lignes une idée nette et précise de cette affection, tout en exagérant outre mesure ses dangers et ses conséquences. « Encore que les reins semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent pas pourtant de pouvoir quitter leur place, d'être démis, de tomber en avant; quelquefois même ils tombent jusqu'au bas-ventre, ce qui ne peut se faire sans qu'on soit en danger de la vie, ce qui est si véritable qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce que, étant devenus trop grands et trop lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassinet, ils sont portés par leur poids, leurs attaches n'étant pas assez fortes pour les retenir en leur place; d'où il arrive que, après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombés, ils se pourrissent et deviennent pleins d'abcès. »

Vaidy, en 1820, dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, nie le déplacement du rein et combat l'expression de luxation, appliquée par ses prédécesseurs à ce déplacement.

Enfin il faut arriver jusqu'à Rayer, en 1841 (*Maladies des reins*, t. III, page 783), pour trouver une esquisse complète, où les principaux traits de la maladie sont tracés avec autant d'assurance que de préci-

sion, quoique le savant maître n'eût alors sous la main qu'un nombre très-restreint d'observations.

Quelque temps après, Fritz, en 1859 (*Archives génér. de médecine*), reprenait la question et donnait une bonne monographie de l'affection, qu'il désignait sous le nom de *rein flottant*, dénomination qui, à la rigueur, pourrait laisser à désirer sous le rapport de l'exactitude, puisqu'il y a des reins déplacés qui se fixent dans leur position nouvelle et qui cessent d'être flottants. Mais, pour si peu de chose, nous n'irons pas chercher querelle. N'avons-nous pas, d'ailleurs, nous-même donné le même nom à la même maladie ?

MM. Becquet, dans son *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (*Archives générales de médecine*, 1865), et Guéneau de Mussy, *Sur les Reins flottants* (*Union médicale*, 1867), traitèrent également le sujet qui nous occupe; mais ce fut seulement au point de vue étiologique. Ces deux auteurs montrèrent, en effet, que le plus souvent l'ectopie rénale était causée par des congestions correspondant aux époques menstruelles.

M. Trousseau y a consacré plusieurs leçons remarquables, que l'on retrouve dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu* (3e édition, t. III, page 750) et Lancereaux (article Rein, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, 1875) le traite d'une façon magistrale.

Citons encore, pour n'oublier personne: en France, Fourrier, *Réflexion sur plusieurs cas de reins flottants et sur le traitement de cette affection* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXXVIII, page 481, année 1875), et les thèses de Martineau, Grout, Defontaine et Le Ray.

A l'étranger, diverses publications ont paru, surtout de nombreux mémoires insérés dans les recueils périodiques.

En Angleterre, parmi les auteurs qui ont le mieux traité la question, nous devons surtout signaler les docteurs Wert et Roberts, dont les observations sont intéressantes au plus haut degré.

En Allemagne, les travaux d'Oppolzer, d'Hénoch, de Ferber, et surtout de Rosenstein (traduction par Bottentint et Laprade, Paris, 1874), méritent d'être cités.

CHAPITRE II

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Pour bien comprendre le mode de production de l'ectopie rénale, nous ne croyons pas inutile d'esquisser en traits rapides quelques considérations anatomiques sur la situation, les rapports et les moyens de fixité de cette glande.

Situés profondément dans la cavité abdominale de chaque côté de la colonne vertébrale, les reins reposent sur la face externe du muscle psoas et au-devant du carré des lombes, dont les sépare le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, sur le diaphragme qui les sépare des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire; éloignés de la masse intestinale par le péritoine qui les recouvre, ils se trouvent en quelque sorte plongés dans un tissu cellulo-adipeux, qui, s'il prévient en partie le danger des traumatismes, puisqu'il forme un coussin protecteur, n'en constitue pas moins ce que Fritz, dans son mémoire, appelle une prédisposition anatomique au déplacement, en raison même de son abondance et de sa laxité.

On pourrait même s'étonner de ne pas rencontrer plus fréquemment des ectopies de cet organe ; car le rein ne possède pas, à l'instar des autres viscères de l'abdomen, un ensemble de moyens de fixité, de replis péritonéaux destinés à le maintenir dans sa situation normale. Seul, le péritoine pariétal passe au-devant de lui et le refoule contre la paroi postérieure de l'abdomen ; seuls, les vaisseaux qui pénètrent par son hile s'opposent à un déplacement direct en dehors, mais n'em-

pêchent nullement le rein de se rapprocher de la paroi abdominale antérieure et de la ligne médiane.

En effet, si l'on incise la séreuse, on peut alors énucléer le rein avec facilité ; les quelques prolongements celluleux de sa tunique fibreuse n'opposeront pas de résistance : l'organe se sépare alors de sa capsule surrénale, qui reste en place, et le déplacement n'est guère limité que par les vaisseaux du hile.

Ce rôle des vaisseaux est cependant contesté par quelques auteurs; aussi M. Richet s'exprime ainsi : « Les vaisseaux qui pénètrent par la scissure du rein et forment son pédicule sont tellement allongés, que cet organe flotte et peut se porter dans tous les points de la cavité abdominale. » Dès lors le rein se laisse entraîner par son propre poids et, par suite, descend vers l'ombilic et la fosse iliaque, endroit où il a été rencontré dans la plupart des observations.

A ces moyens de fixité vient s'adjoindre la compression de cet organe par la masse intestinale, comprimée elle-même par les muscles abdominaux. Ainsi, que l'action de ces muscles devienne moins énergique pour une cause ou pour une autre, nous verrons le déplacement du rein se faire sous l'influence de traumatismes de toute sorte.

Ainsi donc voilà, sans les décrire minutieusement, les rapports généraux des deux reins. Mais il est quelques rapports spéciaux à chacun qui ne sont pas sans importance, au point de la fréquence plus ou moins grande des déplacements de l'un ou l'autre organe. Tandis que le rein droit est en rapport intime avec le foie, sur la face interne duquel il laisse une empreinte, le rein gauche, au contraire, est en rapport avec la rate et la grosse tubérosité de l'estomac. Le poids considérable du foie qui appuie sur le premier, tandis que la rate n'est qu'accolée au second, rend compte du déplacement plus fréquent du rein droit, et sa situation, plus basse que celle du rein gauche, explique à la fois la plus grande fréquence de son déplacement et la plus grande facilité qu'on a de le constater.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elles sont très-rares, les autopsies sur lesquelles on peut baser l'histoire anatomique de cette lésion, et les enseignements que l'on a pu en tirer sont eux-mêmes peu nombreux et sans importance bien marquée.

Dans la plupart des cas, le rein déplacé est augmenté de volume, circonstance que l'on peut vérifier souvent sur le vivant, à travers les parois de l'abdomen. La surface de la glande est lisse, ferme et polie, à moins qu'elle ne renferme quelque concrétion morbide ou qu'elle ne soit atteinte d'une maladie propre. Elle est presque toujours renversée de telle façon, que son extrémité supérieure regarde en dehors et en haut, son bord externe en bas et en dehors, son bord concave, qui porte le hile, regardant en haut et un peu en dedans. Souvent aussi le péritoine distendu forme à la glande un mésentère anormal, qui l'enveloppe de toute part et la tient suspendue.

Dans cette position, le rein est très-mobile et reste flottant dans l'abdomen, jusqu'à ce qu'une péritonite partielle vienne le fixer à un organe voisin. Jusque-là, il fuira sous la moindre pression ; on peut lui faire parcourir avec la main une série de positions différentes, et même le changement d'attitude du malade suffit pour le déplacer; dans le décubitus dorsal, on le trouve souvent sous la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic, tandis que, dans la station, il descend volontiers vers la fosse iliaque. D'autres fois il peut, par sa position anormale, devenir la cause de certains accidents, de circulation notamment, en agissant comme corps étranger, en jouant le rôle de compresseur. Dans une autopsie pratiquée par Girard (*Gazette hebdomadaire,* n° 53, p. 445), le rein droit déplacé était tenu fortement appliqué sur la veine cave inférieure par le côlon rempli de gaz; la veine présentait à ce ni-

veau un sillon considérable, et au-dessous un renflement qui doublait presque son calibre. Cette compression avait déterminé un œdème considérable du membre abdominal correspondant.

Autour des reins, la graisse a disparu dans quelques cas; mais ce fait ne doit pas être rattaché à l'ectopie, bien plutôt à la maladie débilitante qui en a été la cause ou qui a coïncidé seulement.

Les vaisseaux, dans certains cas, seraient allongés. M. Oppolzer en tire même la conclusion que l'affection est presque toujours congénitale; en reconnaissant la possibilité des ectopies congénitales, nous n'admettons cependant pas cette preuve, car l'élongation des vaisseaux peut n'être parfaitement que la conséquence du déplacement.

Dans certains cas, le rein se trouve fixé par des adhérences aux organes voisins, au foie pour le rein droit; ces adhérences sont évidemment les résultats de péritonites partielles.

On constate quelquefois des altérations de l'organe, altérations dues, soit à la maladie calculeuse, soit à une pyélite, soit à une néphrite, comme cela existait dans une observation rapportée par Oppolzer; enfin, dans un certain nombre de cas, on trouvera la dilatation des calices, des bassinets et de l'uretère due à une hydronéphrose.

Nous avons déjà fait entrevoir que cette maladie est moins rare qu'on ne le pense généralement; cependant Fritz, dans son mémoire de 1859 sur cette question, paraît avoir rassemblé la totalité des observations qui existaient dans la science à cette époque, et, malgré de sérieuses et patientes recherches, il n'a pu compter que trente-cinq cas. Cela prouve-t-il la rareté du fait ? Nous ne le pensons pas; car, depuis que l'attention des médecins a été attirée sur ce point, le nombre des observations s'est accru considérablement, et il devient de plus en plus évident que beaucoup de cas passent inaperçus, soit parce que les désordres qui pourraient mettre sur la voie sont peu importants, soit plutôt parce que les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

Frappé de cette idée sans doute, Rollet, s'étant livré à des recherches assidues sur un grand nombre de sujets qui fréquentaient pour d'autres causes la clinique d'Oppolzer (de Dresde), trouva sur 5,500 mala-

des 22 personnes atteintes de cette infirmité, et qui jamais ne s'en étaient aperçues.

Tous les auteurs ont remarqué que les femmes sont bien plus exposées que les hommes à cette affection. Sur les 35 cas de Fritz, 5 seulement concernent les hommes, les 30 autres concernent des femmes. De plus, le rein droit est plus souvent mobile que le gauche, dans une proportion qui a été aussi remarquée par tous les observateurs. Ainsi, sur ces 30 cas où le côté affecté est indiqué, il s'agit des :

Rein droit seul,	19 fois
Reins droit et gauche,	7 fois
Rein gauche seul,	4 fois

Et même, sur les 7 cas de mobilité double, il se trouve 5 fois que le rein droit était plus mobile que le gauche.

Depuis, cette statistique a été refaite plusieurs fois sans que les résultats fussent sensiblement modifiés. Williams Roberts, ayant rassemblé tous les cas authentiques qu'il a pu trouver, est arrivé également à la même conclusion. Sur 70 cas, il a compté :

61	femmes
9	hommes

Dans 65 cas, le côté du rein déplacé est indiqué :

Le rein droit seul est déplacé	42 fois
Le rein gauche seul,	9 fois
Les deux reins à la fois,	14 fois

D'une statistique que nous avons faite nous-même, sur 58 cas que nous avons pu réunir, il résulte ce qui suit :

Femmes,	50
Hommes,	8

Le rein droit est déplacé seul	49 fois
Le rein gauche seul,	7 fois
Le rein droit et le rein gauche,	2 fois

Sur ces deux ectopies doubles, il y en a une plus prononcée à droite.

Ainsi donc, il est désormais hors de doute que les femmes sont de beaucoup les plus exposées à cette maladie, et que le côté droit est aussi, d'une façon très-remarquable, prédisposé à subir ce déplacement de préférence au côté gauche.

Quelle peut bien être la cause qui détermine cette énorme disproportion en faveur du sexe masculin ? Elle se trouve, selon nous, dans le relâchement des parois abdominales par les grossesses répétées, le refoulement de la glande opéré par le foie comprimé et refoulé lui-même par un corset ou des vêtements trop serrés, enfin les phénomènes multiples de la vie utérine, les congestions de la matrice, qui ont un si grand retentissement sur les fonctions organiques et se propagent si facilement aux organes voisins, surtout chez les hystériques, car l'hystérie a été notée dans un grand nombre d'observations. Enfin, ce qui donne un certain poids à cette opinion, c'est cette remarque que Becquet avait déjà faite que toutes les observations nous sont fournies par des femmes dont les fonctions utérines sont en pleine activité (dix-huit à cinquante ans).

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Nous diviserons les causes des reins flottants en causes prédisposantes et causes efficientes ou occasionnelles.

Parmi les premières, les unes sont normales, les autres pathologiques. Nous avons signalé plus haut le peu de résistance des moyens de fixité de cet organe.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'ectopie du rein est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche, chez la femme que chez l'homme. Plusieurs raisons peuvent être invoquées à l'appui de ce fait. D'abord le rein droit, situé plus bas que le gauche dans une fossette creusée sur la face inférieure du foie, doit ressentir d'une manière beaucoup plus énergique les modifications que la glande hépatique éprouve sous l'influence de la respiration ou d'un affluent sanguin plus considérable. En second lieu, l'inclinaison à droite de l'utérus gravide pourrait bien changer les rapports des viscères avec lesquels cet organe est en contact. Il ne faut pas oublier l'action exercée par le corset, et c'est à ce sujet que M. Cruveilhier a dit: « Le déplacement du rein arrive lorsque, à la suite de la pression exercée par le corset sur le foie, le rein droit est chassé de l'espèce de loge qu'il occupait à la face inférieure de cet organe, à peu près comme un noyau entre les doigts qui le pressent.» Si le rein gauche n'est pas aussi souvent déplacé que le droit, cela tient à ce que l'hypochondre gauche, occupé par la rate et la grosse tubérosité de l'estomac, sup-

porte bien plus impunément la pression du corset que l'hypochondre droit. »

Pour Trousseau, au contraire, la cause en serait surtout dans les rapports de cet organe avec le foie. « Pour les hommes, dit-il, l'explication de M. Cruveilhier n'est pas de mise. Aussi ne serais-je pas éloigné de croire qu'une modification dans le volume du foie fût souvent la cause déterminante de l'abaissement et, par suite, de la mobilité du rein droit. »

Sur 35 observations analysées par Fritz, 30 se rapportent à des femmes et 5 seulement à des hommes; la proportion est donc de 6 à 1. M. Guéneau de Mussy a trouvé une proportion encore plus forte: 12 à 1. Trousseau n'admet ces résultats qu'avec réserve, car, sur 5 observations qu'il a recueillies, 4 ont trait à des hommes. Cette différence nous conduit à nous demander si le déplacement du rein ne passerait point plus souvent inaperçu chez l'homme, pour des raisons que nous allons développer dans un instant. Nous devons encore ajouter que, dans les observations de Fritz, le déplacement siégeait 19 fois à droite, 9 fois à gauche, et 7 fois il était bilatéral; mais, dans ce dernier cas, le rein droit jouissait toujours d'une mobilité plus grande que le rein gauche.

Faut-il que nous parlions de l'influence que les professions exercent sur la mobilité des reins? Il n'y a à cet égard aucune considération sérieuse à déduire des faits que nous connaissons. Un mot seulement sur l'interprétation d'une circonstance assez curieuse. Parmi les 5 observations relatives à des hommes dans le mémoire de Fritz, il en est 2 qui se rapportent à des médecins et 1 qui a trait à un étudiant en médecine. Nous ne devons voir là qu'une conséquence fort naturelle de l'attention que les personnes initiées aux études médicales donnent généralement à l'état de leur santé et de l'habitude qu'elles ont de découvrir tout ce qui, dans la configuration d'une région, s'éloigne de la normale.

Nous devons dire, sous le rapport de l'âge, que la mobilité des reins n'a jamais été signalée durant la vie intra-utérine.

Mais est-ce là une raison suffisante pour ne pas admettre cette mobilité ? M. Oppolzer croit que cette affection est presque toujours congénitale, et il s'appuie sur l'élongation, constatée à l'autopsie, que les vaisseaux ont subie. Disons de suite que l'argument de M. Oppolzer ne démontre rien, parce que cette élongation, s'il est vrai qu'elle existe, peut très-bien avoir eu lieu pendant la vie extra-utérine, par suite des tiraillements exercés par le rein. Il nous semble, à nous, impossible de ne pas croire, dans quelques cas, à la mobilité congénitale ou tout au moins à une prédisposition spéciale. La plupart des observations citées par les auteurs ne sauraient s'expliquer autrement. Il est d'habitude d'admettre que l'ectopie du rein se rencontre surtout de quinze à cinquante ans, c'est-à-dire à la période d'activité des fonctions génitales et reproductrices. On cite, il est vrai, des femmes âgées de soixante-cinq à soixante-dix ans, chez lesquelles existait cette affection ; mais, dans ce cas, le début de la maladie remontait toujours à vingt-cinq ou trente ans.

Parmi les causes prédisposantes pathologiques, il faut citer le relâchement des parois abdominales sous l'influence de la grossesse. Comme nous l'avons vu plus haut, à propos de l'anatomie, la compression des viscères par les muscles abdominaux devait être mise en ligne de compte comme moyen de fixité des reins. Aussi toute tumeur du ventre, l'ascite, qui agira de même que la grossesse, pourra également produire les mêmes accidents du côté des reins. La chloro-anémie, qui rend les tissus lâches, peut être également regardée comme cause prédisposante; de même la phthisie et toute maladie qui, produisant un amaigrissement rapide, détruit brusquement un moyen de contention de l'organe.

Becquet et, plus tard, M. Gnéneau de Mussy, ont insisté tout particulièrement sur les congestions répétées des reins au moment des époques menstruelles, congestions qui auront pour effet de tuméfier cet organe, le rendre pesant; de sorte qu'il tendrait à lutter contre les faibles obstacles qui le retiennent et à le faire sortir de sa place à chaque congestion nouvelle. Un petit déplacement se ferait et le rein descen-

drait chaque fois, et, finalement, apparaîtrait libre et flottant dans l'abdomen.

L'âge des malades vient corroborer l'opinion de M. Becquet. Cependant nous n'acceptons pas entièrement cette interprétation, et nous nous rangeons assez volontiers à l'opinion émise, dans une de ses cliniques, par M. Gosselin, pour qui cette cause n'est pas aussi fréquente que Becquet la signale. Il a observé, en effet, un certain nombre de malades chez lesquelles on n'a pas rencontré cette congestion pendant les règles.

L'hystérie et l'arthritisme ont été également signalés par M. Guéneau de Mussy comme des causes importantes.

Nous pensons, pour l'hystérie, qu'elle doit être surtout considérée comme cause des douleurs qu'on remarque dans certains cas de reins flottants, plus encore que comme cause de déplacement; aussi ce sera surtout à l'article des Complications que nous pensons en parler.

Mais il n'en est pas de même pour l'arthritisme; toutes les fois qu'on a constaté dans les cas d'ectopie cette affection, on a presque toujours pu s'assurer qu'elle était antérieure au déplacement.

Riolan avait expliqué le déplacement, dans ce cas, par le poids de la pierre que le rein contenait, et qui entraînait l'organe hors de ses limites naturelles.

Avec plus de raison, M. Becquet invoquait, dans le cas d'ectopie par suite de gravelle, le même mécanisme que dans le cas d'ectopie par suite de congestions cataméniales, c'est-à-dire l'augmentation de volume par suite de la congestion et de l'hydronéphrose souvent concomitante, augmentation qui fait quitter peu à peu à l'organe sa position naturelle. Cette cause est assez fréquente. D'après le relevé des statistiques que nous avons pu nous procurer, elle serait dans les proportions de 2 sur 12; elle est surtout importante à noter au point de vue du diagnostic; elle pourra donner, dans certains cas, comme nous le verrons plus loin, l'explication des douleurs ressenties dans des cas d'ectopie, douleurs très-vives, qui ne sont autres que des coliques néphrétiques.

Mais l'hydronéphrose peut être produite par d'autres affections: ainsi, par exemple, l'engorgement de la paroi postérieure de l'utérus peut occasionner l'ectopie rénale. Les tumeurs du ventre, de la vessie, doivent donc être signalées dans l'étiologie de cette affection.

Quant aux causes occasionnelles ou efficientes, elles sont nombreuses et de différentes sortes.

Parmi elles, l'abus du corset chez les femmes, ainsi que nous l'avons dit. Chez l'homme, on a noté une constriction trop exagérée de la taille par les ceintures. Trousseau rapporte le fait d'un garde national qui, ayant mis un pantalon d'uniforme trop étroit et l'ayant conservé toute une journée, fut pris, à la suite, de douleurs très-fortes, qu'on constata être dues à un rein devenu mobile.

Les chutes, les violences extérieures qui peuvent se produire sur la région lombaire, sont à mentionner comme causes efficientes de l'ectopie rénale. A l'appui de ce que nous disons, nous allons citer une observation que nous tirerons de la Clinique de Trousseau.

Observation I^re^

Compression de la taille par des vêtements trop serrés : déplacement du rein droit flottant.

Mon chef de clinique, M. Peter, est appelé un jour auprès d'un de ses clients, homme robuste et habituellement bien portant.

Cet homme, architecte distingué et doué d'une grande intelligence, rendait bien compte de ses sensations. Il racontait que, depuis la veille, il souffrait de vives douleurs dans le côté droit du ventre, et surtout en un point qu'il désignait spécialement. M. Peter y porta la main, et, éclairé sur la question par un récent voyage à Dresde, il n'eut pas de peine à reconnaître qu'en ce point spécialement douloureux existait une tumeur ; que cette tumeur était mobile, et que cette tumeur mobile était le rein droit. Mais comment ce rein, mobile assu-

rément depuis longtemps et jusque-là indolent, était-il devenu subitement douloureux ? M. Peter demanda si le malade n'avait pas reçu un coup sur la région; s'il n'avait pas porté de vêtement trop serré. Éclairé tout à coup par cette question, le malade raconta que, la veille, il avait été de service comme garde national, ce qui lui arrivait malheureusement tous les six mois environ; que, non moins malheureusement, il avait beaucoup engraissé depuis sa dernière garde, et qu'il avait éprouvé une très-grande difficulté à mettre un pantalon d'uniforme, devenu trop étroit. Il avait persisté, néanmoins, et en avait éprouvé une gêne croissante, qui avait fini par devenir une véritable douleur le lendemain. Pardonnez-moi l'apparente trivialité de ces détails, ils portent avec eux leur enseignement. Déjà, autour du malade, on parlait d'applications de sangsues, car autrefois on en avait employé pour semblable accident ; cependant M. Peter fit simplement appliquer un cataplasme sur le rein véritablement très-sensible ; il prescrivit un grand bain et le repos au lit pendant vingt-quatre heures. Tout cessa, comme il l'avait prévu. Comme l'homme dont il s'agit est robuste, assez gros, et que les parois abdominales forment un épais coussin au rein déplacé ; comme il n'y a ni gêne intellectuelle, ni douleur, M. Peter n'a prescrit aucun bandage à son client, se réservant de le faire si quelques accidents survenaient.

Hénoch a cité le cas d'un cavalier qui, après une chute violente, s'aperçut pour la première fois d'une tumeur flottante dans le ventre.

Dans les deux exemples qui précèdent, les accidents à la suite desquels a été constatée la mobilité du rein ont bien pu jouer le rôle de causes occasionnelles; mais il est difficile de déterminer exactement la part qu'on doit leur attribuer. Nous sommes, pour notre part, tenté d'admettre que, dans ces deux cas, le rein jouissait déjà depuis longtemps d'une certaine mobilité, et que l'accident n'a servi qu'à déterminer des douleurs qui ont mis le médecin sur la voie du déplacement. Les deux faits que nous avons rapportés pourraient être considérés comme

des exemples de luxations traumatiques du rein, par opposition aux déplacements, qui sont la conséquence d'un travail organique préalable et qui mériteraient le nom de luxations spontanées, car ils suivent assez exactement dans leur développement le processus des luxations spontaneés des articulations.

Une fatigue excessive, une marche forcée, l'équitation, la danse, les efforts pour porter et soulever des poids pesants, ont paru, dans certaines circonstances, agir d'une manière très-efficace pour produire le déplacement du rein. M. Carnebey cite l'observation d'une femme chez qui la frayeur aurait produit le même effet. Mais il nous semble difficile, dans tous les cas, de ne pas admettre, comme plus haut, un déplacement existant déjà auparavant et un froissement du rein qui a provoqué des douleurs.

Nous allons citer maintenant une observation qui nous a été communiquée par un docteur de Marseille. Il est difficile, dans cette observation, de ne pas remarquer l'étroite liaison qui a existé, dès le début, entre les crises douloureuses et les époques menstruelles. La malade avait elle-même si bien conscience de ce fait, que, lorsque ses règles avaient disparu, elle reprenait de suite son travail, sachant très-bien que désormais ses souffrances étaient terminées.

Observation II

Congestions répétées du rein droit; déplacement du rein ; rein flottant

Marie Mésius, cuisinière, 37 ans, vient nous trouver le 20 juin 1884. La mère de cette malade est morte du choléra. Son père et son frère sont bien portants. Mariée deux fois, elle a eu trois enfants, dont l'un est mort d'une méningite cérébro-spinale ; les autres se portent bien. Réglée à l'âge de 13 ans, elle se plaint d'avoir toujours éprouvé, depuis l'âge de 18 ans, des douleurs très-intenses au moment de l'apparition des règles. Ces douleurs, qui siégeaient dans l'hypochondre droit,

étaient vives, lancinantes et parfois assez violentes pour amener des lipothymies. Le repos au lit ou la position horizontale suffisait le plus souvent pour calmer ces douleurs. Une fois les règles disparues, la malade pouvait reprendre ses occupations. Il lui arrivait bien quelquefois, dans le courant du mois, d'éprouver, à la suite d'un excès de travail, une douleur sourde dans le côté droit, mais cette douleur n'était pas assez vive pour l'empêcher de travailler. A l'âge de 27 ans, elle fut jetée à travers une fenêtre par son mari, d'un premier étage; mais elle ne fut nullement incommodée de cette chute, et elle put mener à bonne fin une grossesse qui ne remontait qu'à deux ou trois mois au moment de l'accident. En 1877, elle se fait soigner parce que les douleurs qu'elle éprouvait étaient devenues intolérables, et elle fut traitée pour une hypertrophie du foie. Il y a environ deux ans, la malade, en palpant son ventre, remarqua dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, dure, ayant à peu près, dit-elle, la même grosseur qu'à présent. Cette grosseur, indolente à la pression, ne devenait douloureuse que dans les mouvements violents. Au bout de quelques mois, la malade s'aperçut qu'elle maigrissait, et, inquiétée de porter une tumeur dans le ventre, elle consulta un médecin, qui lui fit faire des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium. Elle resta à peu près dans le même état jusqu'au 26 juin. Ce jour-là, les douleurs devinrent tellement vives, que la malade fut obligée d'interrompre son travail; elle eut de la fièvre et des sueurs abondantes. Elle éprouvait, en outre, une courbature générale et des élancements dans le ventre. Dans la nuit qui suivit, ses règles apparurent, et, pendant toute leur durée, la douleur persista, mais moins vive qu'au début. Enfin, le 29, la malade vient nous trouver.

Au premier examen, nous trouvons à cette femme un teint pâle et toutes les attributions de la chloro-anémie; mais elle conserve encore un embonpoint raisonnable. Elle se plaint d'une douleur qu'elle ressent dans l'hypochondre droit et un peu dans la légion lombaire, et cette douleur devient surtout marquée dans la station verticale. L'abdomen présente des vergetures nombreuses; les parois sont flasques et per-

mettent une exploration facile des organes contenus dans l'abdomen. A la palpation, on sent une tumeur volumineuse, située au-dessous du foie, et placée obliquement de dehors en dedans, jusqu'au niveau de la région ombilicale. Cette tumeur est dure, plate, sans bosselures appréciables; elle se laisse refouler dans l'abdomen et déplacer d'un côté à l'autre. En palpant la partie médiane de l'abdomen, on trouve, au niveau de l'ombilic, une autre tumeur, plate, résistante, qui remonte jusqu'au creux épigastrique, et qu'on reconnaît, avec un peu d'attention, pour une hypertrophie du foie. L'hypochondre gauche peut être aisément palpé et n'est le siége d'aucune tumeur. L'utérus présente un col volumineux, un peu dévié à gauche, et assez largement ouvert pour laisser pénétrer l'extrémité unguéale de la phalange. La malade n'a jamais ressenti aucun phénomène de ce côté; les règles viennent régulièrement; pas de leucorrhées. La sécrétion urinaire ne présente rien d'anormal, et la miction s'effectue sans douleur. Le troisième jour, la malade ne souffre plus, et elle nous fait observer elle-même que la disparition des douleurs a été marquée, comme d'habitude, par la cessation des règles, qui a eu lieu la nuit précédente.

Nous faisons fabriquer pour cette femme une ceinture en tissu de caoutchouc, et, au bout de quinze jours, notre sujet est dans un état très-satisfaisant.

Nous devons à l'obligeance des docteurs Arnaude et David les trois observations suivantes; les deux premières montrent le rein devenu mobile à la suite de chutes sur le côté gauche et sur les lombes; l'autre met en évidence encore la coïncidence de la congestion et de la tuméfaction des reins avec le flux cataménial.

Observation III

Mobilité du rein droit; traumatisme

M. D..., âgé de quarante-cinq ans, me consulta en juillet 1884. Il raconta que, deux ans avant, il était tombé le côté gauche sur la glace,

et que, depuis, il avait toujours ressenti une douleur et un tiraillement du côté du rein droit et dans le voisinage du côlon ascendant, avec irritation intestinale et amaigrissement.

Cependant l'exercice modéré ne lui causait pas de grandes souffrances, et les douleurs disparaissaient par le simple repos au lit.

Il avait deux ou trois selles liquides chaque jour. Tous les traitements employés avaient échoué.

En examinant l'abdomen, je trouve une tumeur ovale, de la forme et du volume du rein, couchée sur le bord du bassin aux environs du cœcum ; une forte pression des doigts la faisait glisser vers le haut ; une petite douleur accompagnait cette manœuvre.

En examinant les lombes, on constatait facilement un vide dans la région rénale droite. Il n'était pas douteux que ce ne fût le rein droit descendu, d'une distance à peu près égale à sa longueur, dans la fosse iliaque.

Nous enseignâmes au malade à refouler sa tumeur vers le haut, pendant qu'il était dans son lit, et à appliquer un bandage en ceinture avec une plaque, à l'endroit de l'organe déplacé. L'effet du traitement fut immédiat : la diarrhée cessa entièrement, la douleur et les tiraillements le tourmentèrent à peine.

J'ai vu cette personne quelque temps après ; elle avait une ceinture de cuir avec une plaque faite exprès pour elle, et qui maintenait à peu près l'organe en position. Tant qu'elle porte la ceinture, les intestins restent indolents et les douleurs insignifiantes ; mais, s'il lui arrive de la quitter, les anciens symptômes paraissent aussitôt. (Dr Arnaude.)

Observation IV

Mobilité du rein droit ; chute sur les lombes

M. J..., âgé de vingt-cinq ans, réclame nos soins le 24 janvier 1885. Il nous informe que, une quinzaine environ avant de nous consulter,

courant précipitamment dans un escalier, son pied avait glissé sur le bord d'une marche et qu'il était tombé en arrière, toute la violence du choc portant sur la région lombaire droite. Depuis cet accident jusqu'au moment de notre visite, il a souffert constamment, et, sur l'avis d'un homme de l'art, il avait considéré l'affection comme un lumbago ; il avait employé en frictions consciencieuses toutes sortes de liniments, dont l'effet fut d'aggraver et non d'alléger sa peine.

Il avait toutes les apparences d'une santé robuste. Il se plaignait d'une sensation de tiraillement continuel dans le ventre. Pendant la station et la marche, il se développait une douleur poignante dans la région lombaire et le ventre. Deux fois, après une station prolongée, il fut subitement pris d'une douleur violente gagnant la cuisse droite, et qui le faisait souffrir au point de l'empêcher de vaquer à ses affaires.

En examinant l'abdomen, nous trouvâmes dans l'hypochondre droit une tumeur dure et polie, entièrement distincte du foie, manifestement mobile et à contours régulièrement arrondis. Le maniement de la tumeur ne provoquait pas de douleur manifeste, mais donnait plutôt une sensation de malaise.

Le malade couché sur le dos, la tumeur pouvait être aperçue pendant les inspirations profondes ; elle semblait alors sortir de dessous les côtes et y remonter au moment de l'expiration ; cela se voyait encore mieux lorsque le malade, couché sur le dos, s'inclinait légèrement sur le côté gauche. A la percussion, la tumeur présentait un peu de matité ; il y avait de fortes pulsations aortiques, s'étendant de l'épigastre à environ un pouce au-dessous de l'ombilic. Le malade affirmait ne l'avoir jamais observée avant son accident, et cela lui devenait très-incommode lorsqu'il était constipé.

A l'examen des régions lombaires, le côté droit est flasque et vide, en comparaison du côté gauche. A la percussion, la matité et la résistance rénales, conservées à gauche, manquent à droite et sont remplacées par un son tympanique. Pas de troubles dans les fonctions urinaires.

Un épais bandage de flanelle fut solidement maintenu enroulé au-

tour du ventre, jusqu'à ce que le malade eût éprouvé du soulagement et eût vu disparaître les tiraillements douloureux dont il se plaignait. Ceci, joint à une soigneuse observation de la liberté intestinale, nous parut les seules indications à remplir; car, à une visite suivante, une semaine après, il nous assura que sa santé se rétablissait et que la douleur avait disparu depuis l'application de son bandage. (Dr Arnaude.)

Observation V

Mobilité, congestion et tuméfaction du rein droit, avec le flux cataménial

A bout de patience, Mme K..., âgée de dix-sept ans, vient nous consulter le 8 août 1844. Elle était maigre et anémique, réglée régulièrement, mais avec profusion. Elle nous dit que sa santé avait toujours été passable jusqu'à environ six semaines avant de venir nous voir, époque où elle reconnut dans le côté droit de son ventre une tumeur un peu au-dessous des côtes et de fortes pulsations au creux de l'estomac. Depuis lors, les fonctions intestinales ont été irrégulières: tantôt elle était relâchée, tantôt constipée; les pulsations augmentaient pendant la constipation et la période cataméniale; alors aussi la tumeur augmentait de volume.

Elle affirme n'avoir jamais mis de vêtements trop serrés et n'avoir jamais reçu de contusions, n'avoir pas fait de chute ni d'efforts exagérés qui pussent passer pour la cause probable de cette tumeur.

En examinant la malade debout, on trouve du côté droit, logée sous les côtes, une tumeur dure et polie, paraissant environ de la grosseur du poing fermé. Son bord inférieur est situé à un pouce et demi en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle est mobile à une certaine distance dans toutes les directions de l'abdomen, mais la plus grande mobilité est dans la direction de la place normale du rein.

Quand la malade est sur le dos, l'extrémité inférieure de la tumeur apparaît juste sous les côtes ; elle descend beaucoup plus bas dans les grandes inspirations. Elle est sensible au toucher, et les manœuvres de l'examen déterminent des nausées qui durent, au dire de la malade, deux heures après notre départ. La percussion des régions lombaires ne donne pas de différences notables. Il y a de fortes pulsations de l'aorte abdominale que l'on sent très-distinctement, à cause de la maigreur des parois, quelque peu à droite de la ligne médiane; le cœur et les poumons paraissent sains; il n'y a d'autre trouble des fonctions urinaires qu'une légère cuisson au moment de la miction, et qui peut venir d'une gonorrhée contractée peu de jours avant.

La malade est demeurée soumise à mon observation pendant dix semaines, avec un épais bandage de flanelle roulé autour du ventre. Après la guérison de la gonorrhée et de la cuisson uréthrale, nous l'avons traitée par l'huile de foie de morue et les toniques ferrugineux. Nous avons reconnu la nécessité d'observer la tumeur aux époques menstruelles; car, pendant ce temps, elle augmentait de volume d'une bonne moitié, elle était beaucoup plus sensible au toucher; les pulsations aortiques étaient plus fortes et plus intenses que dans les intervalles.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des reins flottants sont, les uns physiques, les autres fonctionnels; les premiers sont constants; les autres, au contraire, peuvent manquer dans certains cas, dans la majorité, d'après Trousseau.

Symptômes physiques. — La constatation d'une tumeur offrant les caractères du rein, et située dans une région de l'abdomen différente de celle qu'il occupe à l'état normal, est le fait capital de l'histoire du rein flottant. Le malade doit être examiné successivement dans le décubitus dorsal, dans la station debout et couché sur le ventre. Le médecin, placé du côté qu'il suppose affecté, peut, dans quelques cas rares, voir se dessiner un léger relief au moment de l'inspiration; la saillie qui se dessine disparaît à l'expiration, et semble remonter sous le rebord des côtes. Notre observation IV offre un fait de ce genre.

La palpation seule permet de recueillir des données assez positives pour établir le diagnostic. Pratiquée d'abord sur toute l'étendue de l'abdomen, elle permet de limiter en un point l'existence d'une résistance anormale; mais, comme le rein subit en général un déplacement facile, il faut combiner le palper de la région lombaire avec celui de la paroi antérieure de l'abdomen. On facilite les recherches en faisant élever légèrement le côté sur lequel portent les investigations, les ciusses étant fléchies, les bras pendant le long du corps. Le malade doit respirer largement, sans effort, et se laisser aller de façon à éviter la contraction des muscles abdominaux.

En procédant ainsi, on arrive à constater l'existence d'une tumeur, située le plus souvent du côté droit, rarement à gauche, quelquefois des deux côtés, mais à des degrés variables. Il faut savoir surprendre la glande par le rapprochement simultané des deux mains placées en avant et en arrière de la région.

Tantôt le rein saillant déborde seulement les fausses côtes en dehors du muscle droit antérieur; tantôt il se retrouve sous la même forme dans l'hypochondre droit, ne présentant à la paroi que son extrémité inférieure, à cause de sa position oblique; tantôt, enfin, il peut être sorti dans toute son étendue sur la hauteur qui sépare le rebord costal de la crête iliaque; parfois même on le rencontre dans la fosse iliaque, où il faut savoir le chercher.

La tumeur offre le plus souvent le volume du poing et représente assez bien celui du rein normal; il peut augmenter, chez la femme, aux époques menstruelles. D'autres fois, il n'atteint guère des dimensions exagérées que dans les cas de complication. On doit excepter évidemment les faits, assez rares, où l'accroissement dans la masse de l'organe exerce dans l'étiologie du déplacement une influence prépondérante.

La tumeur est oblongue, ovoïde; tantôt régulière, tantôt avec une échancrure correspondant au hile, située sur son bord interne. Quand on a pu la refouler vers la main, située à plat, derrière la région lombaire, on reconnaît quelle est lisse, polie, sans dépression; ses extrémités sont arrondies sans aucune irrégularité, tant sur les bords que vers sa face, qui est glissante. L'élasticité qu'on perçoit, en la refoulant brusquement, est un bon élément de diagnostic.

Mais, pour bien la trouver, il faut, pour ainsi dire, surprendre le rein par la palpation brusque, avant qu'il ait cédé sous le choc des doigts qui le repoussent. La mobilité est, en effet, un des signes habituels de ces tumeurs; elles fuient le plus souvent dans la direction d'une courbe, facile à imaginer, si l'on considère comme point fixe l'origine de l'artère rénale, et comme rayon le pédicule vasculaire qui se rend au hile. La tension de ce pédicule forme une limite à son déplacement,

suivant cette ligne courbe. On a pu sentir, à ce moment, un pédicule résistant qui se rendait de la tumeur vers la colonne vertébrale. Quelques malades éprouvent la sensation de ce déplacement, qui s'effectue, au maximum, dans la direction qu'occupait primitivement le rein à l'état normal. Il est des cas cependant où l'organe, chassé brusquement, se porte dans une région plus lointaine et parfois du côté opposé, à ce point qu'on a pu croire à l'existence de deux reins flottants, alors qu'un seul présentait cette mobilité anormale. M. Guéneau de Mussy en cite une observation.

Les pressions combinées de façon à le repousser dans sa loge peuvent d'habitude amener la réduction ; mais le moindre effort, l'expiration seule, le repoussent dans la position qu'il vient de quitter. Le repos prolongé suffit parfois à maintenir cette réduction, et l'on comprend que, dans ces cas, l'examen pourrait en révéler l'existence. Si le malade se lève et qu'on l'examine dans la station debout, on en constate plus facilement la présence, en même temps qu'on peut, en le faisant pencher en avant, saisir plus nettement les caractères physiques fournis par la surface de l'organe.

La palpation de la région lombaire fournit des indications très-importantes, car elle permet, dans la majeure partie des cas, de constater une résistance moindre, une dépression de la paroi et, à ce niveau, une sensation de vide, phénomènes qui disparaissent lorsque l'autre main refoule d'avant en arrière la tumeur vers les lombes. Nous croyons que ce signe, dûment constaté, permettra souvent d'affirmer le diagnostic, alors que les caractères tirés de l'examen de la tumeur seraient insuffisants.

Le rein peut devenir fixe dans sa position anormale, lorsque, par suite de pressions prolongées et de frottements, le péritoine qui le recouvre vient à s'enflammer et contracte des adhérences, soit avec la paroi, soit avec les organes voisins. Il est très-difficile alors de le déplacer, et, si l'on n'arrive pas à le refouler dans la loge lombaire, le rein est dit alors irréductible.

La place occupée normalement par le rein donne, quand celui-ci

l'a complétement abandonnée, la notion d'une absence d'organe, lorsqu'on la compare à l'impression que fait éprouver la palpation du côté opposé.

On ne doit pas se borner à rechercher la présence d'une seule tumeur : il faut toujours s'assurer de la situation de l'autre rein, qui, dans plusieurs cas, avait subi un déplacement complet et formait une saillie légère sous le rebord costal.

La palpation fait éprouver une douleur généralement nauséeuse. Tantôt, et c'est le cas le plus rare, on peut la renouveler impunément tant que le malade ressent d'autres douleurs; tantôt c'est un malaise indéfini, qui peut aller jusqu'à la perte de connaissance, surtout au moment des règles. Trousseau compare cette douleur à celle que fait éprouver la pression sur la région rénale, dans les cas normaux. La douleur vive provoquée par les manœuvres doit être imputée à des complications, et l'on peut alors déterminer des irradiations analogues à celles de la colique néphrétique.

La percussion doit être pratiquée sur les parois antérieures et postérieures.

Dans la région correspondante au rein déplacé, le son est tympanique et sourd, bien différent de celui que donne la masse intestinale, et qui est tympanique clair. La matité normale de la région rénale n'existe pas comme du côté opposé ; en même temps le doigt n'éprouve pas la même résistance qu'à l'état normal. Ces signes disparaissent lorsqu'un aide refoule le rein dans sa loge et le maintient fortement appliqué contre les lombes. Alors le son recouvre les caractères qu'il présente dans la région saine. Il faut une grande habitude de la percussion pour apprécier exactement ces différences de tonalité. On aura préalablement la précaution de s'assurer de la position symétrique des deux côtés du corps, de façon à éviter la contraction musculaire qui pourrait prédominer d'un côté des flancs. Enfin on doit, avec la percussion, limiter la tumeur, pour bien s'assurer qu'elle ne dépend pas du foie.

Certains auteurs ne sont arrivés à découvrir les reins flottants qu'en faisant placer les malades à genoux, les coudes appuyés sur le lit, de

façon à mettre la paroi abdominale dans un plan déclive. La tumeur a moins de tendance à disparaître derrière la masse intestinale.

Symptômes fonctionnels. — Au moins une bonne moitié des malades n'accuse pas de troubles fonctionnels notables, et ne reconnaît l'existence d'une tumeur que par la palpation et d'une manière fortuite; d'autres se plaignent d'une pesanteur à l'épigastre avec retentissement vers la colonne vertébrale, ou bien c'est un pincement passager survenant au milieu d'un malaise habituel, parfois la sensation d'un corps qui descend dans l'abdomen en exerçant des tractions, ce que les malades comparent à la chute d'un organe qui serait décroché. Ces phénomènes se présentent ordinairement dans le passage du repos horizontal à la station debout.

La douleur spontanée est rare. Elle est surtout provoquée par un changement de position, par des manœuvres exploratrices, qui, nous l'avons vu, peuvent amener des nausées, de véritables vomissements, et même des irradiations analogues à celles que produisent les graviers dans les bassinets. C'est ainsi que la pression sur le rein malade, dans une des observations de Defontaine, causait à la fois une douleur vers le méat et même une sensation de pesanteur dans les bourses. Les signes d'une pyélite étaient venus s'ajouter à ceux d'une mobilité du rein, de sorte que la tumeur était rendue sensible par le fait de cette inflammation; mais le toucher, la marche, une inspiration forte, la portaient à un tel degré, que le malade était forcé de se plier en deux, comme dans les coliques les plus intenses. Lorsqu'il était au lit, il était dans l'impossibilité de supporter le décubitus sur le côté malade.

Souvent aussi la pression détermine une sensation de besoin d'uriner, et l'on a noté dans quelques cas un peu de ténesme vésical.

Chez les femmes, dans la période de la vie menstruelle, les douleurs apparaissent souvent avec redoublement à l'époque des règles, en même temps que le rein acquiert un développement plus marqué. La douleur est en général plus vive lorsque le rein a contracté des adhérences à la suite de péritonites partielles, car il échappe plus dif-

ficilement aux pressions, aux tiraillements et aux chocs extérieurs. Les douleurs ont alors un caractère névralgique des plus nets, sur lequel M. Guéneau de Mussy a particulièrement appelé l'attention. Elles partent généralement de l'endroit occupé par la tumeur, en rayonnant vers l'abdomen et les lombes.

Un malade de vingt-cinq ans, cité par Defontaine, fut deux fois, après une station prolongée, pris subitement d'une douleur violente gagnant la cuisse droite, et qui le faisait souffrir au point de l'empêcher de vaquer à ses affaires. M. Guéneau de Mussy signale également ce retentissement vers la cuisse chez un de ses malades; il y avait à la fois propagation vers la cuisse, vers l'épigastre et vers deux espaces intercostaux du côté gauche.

A ces souffrances se joignent souvent une hyperesthésie de la région lombaire, ou bien des douleurs en ceinture avec exacerbation, mais sans points douloureux bien marqués. Ajoutons que ces troubles se rencontrent le plus souvent en dehors des complications du côté de la glande rénale, chez des sujets hystériques ou névropathiques. Ces douleurs, par conséquent, peuvent apparaître en des régions multiples, sous l'influence de l'excitation anormale provoquée par l'organe déplacé. Les liens intimes qui rattachent les nerfs émanés de la moelle épinière à ceux du système ganglionnaire nous en fournissent une explication rationnelle. M. Guéneau de Mussy rattache la douleur intercostale gauche, qui s'est montrée chez une malade, à l'ectopie du rein droit.

Souvent aussi on rencontre des gastralgies opiniâtres qui prennent naissance sous l'influence des mêmes déplacements; les crises se répètent en général aux époques menstruelles, et la douleur, en semblable occurrence, peut aller jusqu'à la syncope. On peut n'avoir affaire qu'à une coïncidence; mais il n'est pas impossible que cette névralgie viscérale reconnaisse pour cause le tiraillement des plexus rénaux, et ne soit la traduction de cette excitation anormale partant du rein et se détournant vers l'estomac par voie réflexe.

Tous les mouvements fluxionnaires qui portent leur action sur les

reins peuvent ramener ces douleurs. Nous avons parlé spécialement de la menstruation ; les crises goutteuses ont la même influence, et, dans ces différents cas, le repos au lit n'est pas suffisant pour calmer ces accidents.

Les fonctions digestives sont intactes, et les troubles qu'elles présentent se rapportent d'ordinaire à des complications. Il faut savoir faire la part des accidents qui reconnaissent pour cause l'altération de la santé générale, pour ne pas les imputer à tort à l'affection qui nous occupe. C'est ainsi que, dans plusieurs cas d'ectopie rénale, on a observé en même temps des signes de phthisie avec diarrhée. Cependant ce dernier symptôme peut exister par le seul fait du déplacement du rein. Il n'existe, en général, aucun trouble dans la sécrétion urinaire, en dehors des congestions de la glande ; alors les malades ont des besoins fréquents d'uriner, les urines sont plus abondantes ; parfois leur surface est recouverte d'une couche huileuse. On n'y trouve d'albumine que dans les complications.

Nous avons noté, dans quelques observations, des battements épigastriques et des pulsations sur le trajet de l'aorte abdominale, battements qui augmentaient pendant les périodes cataméniales. A l'exemple de M. Lancereaux, nous les rangerons dans les troubles d'ordre réflexe, du genre de ceux que présente l'hystérie. Les différents signes qui caractérisent cette névrose se retrouvent fréquemment chez les femmes atteintes d'ectopie rénale ; de telle sorte qu'il est très-difficile d'établir une relation de cause à effet entre la névrose et le déplacement. Lancereaux, dans quatre cas, a reconnu que les phénomènes hystériformes avaient manifestement précédé l'apparition de la tumeur. Il faut faire de grandes réserves pour considérer l'hystérie comme point de départ des phénomènes, surtout lorsque des observations très-probantes montrent l'explosion des accidents névropathiques comme postérieurs à l'ectopie.

Nous les rapporterons, avec Chroback et M. Lancereaux, à l'excitation anormale du plexus ovarique, qui s'anastomose avec le plexus rénal, provoquée par les tiraillements de l'organe déplacé. Cette maladie

n'est donc ici qu'une simple coïncidence. Elle augmente la prédisposition aux manifestations qui surgissent dans le domaine du système nerveux, mais ne les provoque pas. Citons au même titre la chloro-anémie ; si le rein se déplace chez un individu anémié, il est pour le moins douteux que cette déviation amène des troubles dans la santé générale.

COMPLICATIONS

Les complications rendent grave, en général, le pronostic des reins flottants. Nous ne rangeons pas dans cette catégorie l'hystérie, l'anémie, l'arthritisme, pas plus que la tuberculose. Si l'organisme est en puissance d'un état morbide invétéré ou d'une diathèse, il est évident qu'un trouble local s'accompagnera d'un retentissement plus marqué qu'à l'état sain. Les complications résident dans le rein lui-même, dans les tissus avec lesquels il affecte des connexions nouvelles et dans les organes qui lui sont annexés pour les fonctions urinaires. Du côté du rein, nous trouvons la congestion simple, les néphrites catarrhale et parenchymateuse, l'hydronéphrose et les tumeurs diverses dont les phénomènes s'ajoutent à ceux que nous avons rapportés. La gravelle urinaire n'est pas rare, et le déplacement du rein semble ajouter à la gravité du mal en rendant l'organe plus accessible aux pressions et en favorisant, par cela même, l'explosion des néphrites et des pyélites.

On observe assez souvent tout le cortége symptomatique de la colique néphrétique, et des accidents analogues ont été signalés par Dietl et Gilewski ; il s'agissait alors d'un étranglement de rein déplacé. Parmi les altérations, les unes surviennent sans qu'on puisse les attribuer à l'ectopie rénale ; les autres, telles que la pyélite et la néphrite, semblent reconnaître ce déplacement pour point de départ. M. Grout cite trois observations de ce genre.

Fritz cite un exemple des complications par cystite purulente, qui

semble résulter de la propagation d'une inflammation partielle du rein. Lancereaux insiste sur l'altération du rein opposé.

Les autres complications les plus fréquentes sont des inflammations localisées du péritoine, qui fixent le rein dans le plan qu'il occupe. Cette péritonite n'est pas toujours limitée ; Rayer l'a vue se terminer par la mort.

La compression qu'exerce le rein flottant peut amener des troubles dans les fonctions intestinales, la constipation, des signes passagers d'obstruction intestinale, ont été notés dans plusieurs cas; quelques malades ont présenté une diarrhée qui semblait se rattacher à la pression du rein.

M. Woillez insiste sur l'œdème de la moitié inférieure du corps consécutif à la compression de la veine cave, et M. Girard, dans une autopsie, trouva cette veine oblitérée.

Les troubles de la nutrition ne sont pas rares à la suite de l'ectopie du rein. Chez les femmes, la chlorose tient le premier rang. Les douleurs qu'elles éprouvent mettent obstacle aux fonctions de relation. L'amaigrissement, qui précède souvent l'ectopie, s'accroît lorsqu'elle est complète ; les troubles digestifs tendent aussi à l'exagérer.

L'hypochondrie n'est pas rare, et c'est une véritable complication. En présence d'une tumeur abdominale, les douleurs et souvent l'incertitude de l'homme de l'art jettent le trouble dans l'esprit des malades et les plongent dans une mélancolie profonde. Rayer a observé le cas chez un médecin.

DIAGNOSTIC

Quand le rein flottant a contracté des adhérences dans la place nouvelle qu'il occupe, il donne lieu à des erreurs de diagnostic. S'il est mobile, au contraire, il est plus facile de le reconnaître.

Etablissons d'abord le diagnostic entre l'ectopie congénitale de

reins et l'ectopie acquise. Dans le premier cas, le rein est fixe et par conséquent irréductible; il ne peut être refoulé dans la région lombaire; du reste, dans l'ectopie congénitale, le rein n'est pas pour cette cause atteint de troubles fonctionnels, et il est bien rare que, par sa pression, il gêne le fonctionnement des organes voisins, à moins qu'il ne soit envahi par une altération pathologique.

Nous avons insisté sur les différents signes physiques et fonctionnels qui doivent servir de base dans les recherches. Ce sont: l'existence d'une tumeur offrant les caractères du rein, ovoïde, rénitente, élastique, sa mobilité dans des directions variables, et principalement en bas et en dedans, et enfin la vacuité de la région lombaire; d'autre part, un sentiment de gêne habituel, des nausées provoquées surtout par la pression et des troubles digestifs plus ou moins accentués. La marche lente de ces tumeurs servira également à les faire reconnaître; et, dans certains cas, les circonstances étiologiques seront d'un grand secours pour éviter des erreurs préjudiciables, parfois déplorables, si l'on considère que des opérations sanglantes ont pu entraîner la mort des malades par suite d'un diagnostic erroné. On trouve un cas de ce genre dans *the Lancet*, 1865.

Les principaux caractères dont on doit toujours s'assurer dans le cas simple sont: la mobilité de la tumeur, la vacuité lombaire dénotée par l'inspection, la palpation et la percussion.

Lorsque au contraire le rein a contracté des adhérences, le diagnostic varie singulièrement, suivant les points au niveau desquels il s'est fixé. A droite, par exemple, nous aurions à examiner les tumeurs du foie, du pylore, du duodénum, du côlon transverse; plus bas, dans le flanc droit, les tumeurs du cœcum, de l'ovaire et de l'utérus. A gauche, la rate déplacée, une tumeur de l'arc du côlon, de la grande courbure, de la portion descendante du côlon, peuvent donner lieu à de fausses interprétations. Dans toute l'étendue de l'abdomen, les tumeurs péritonéales ou bien constituées par les épaississements pseudo-membraneux peuvent également nous induire en erreur. Enfin, dans un plan plus superficiel, il n'est pas rare qu'on soit embarrassé pour éliminer

une tumeur de la paroi abdominale. Nous choisirons dans cette variété les cas les plus fréquents en clinique.

Quand on est sûr de l'existence de la tumeur, si son siége est à droite, on peut croire à une tumeur du foie ; souvent alors il ne tardera pas à survenir l'ensemble symptomatique de la colique hépatique. L'ictère, les épistaxis, les phénomènes dyspeptiques, sont autant de signes qui font défaut dans le rein mobile. La percussion permet le plus souvent de séparer la tumeur du bord libre du foie. On constate de plus le vide lombaire.

Si le rein déplacé contracte des adhérences avec le foie, on peut constater, en palpant, un sillon entre les deux organes, qui se traduit aussi, à la percussion, par une ligne de sonorité marquant l'interruption de continuité qui signale cette séparation.

Des cas où une méprise est facile se présentent lorsque le rein flottant déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Si le malade est pâle, anémique; si les digestions sont laborieuses, on pense de suite à un cancer, qu'on rattache à l'organe vers lequel les manifestations fonctionnelles permettent de le rapporter. Alors encore on doit arriver, par la palpation et la percussion, à reconnaître l'absence du rein dans sa loge, et, par conséquent, la vacuité des lombes acquiert une valeur essentielle.

Les tumeurs constituées par la vésicule biliaire occupent une place fixe, le bord externe du muscle grand droit antérieur de l'abdomen ; elles sont piriformes. Parfois le palper y dénote la présence de calculs faciles à déplacer. Elles précèdent le plus souvent des attaques de colique hépatique, lorsqu'elles débutent brusquement, sinon leurs caractères diffèrent entièrement de ceux du rein mobile, et, de plus, la matité lombaire est identique des deux côtés.

Nous pouvons encore trouver en avant une tumeur du pylore, un cancer du côlon, une accumulation de matières fécales. La tumeur pylorique s'accompagne de la dilatation de l'estomac, de vomissements électifs, de rejets de matières noirâtres, et parfois l'abaissement de la masse morbide est consécutif à la réplétion du ventricule. Les troubles de la nutrition sont ici une base excellente de diagnostic.

Le cancer du côlon peut affecter la forme d'une induration annulaire; il se traduit par des troubles digestifs, caractéristiques du cancer intestinal : dénutrition, alternatives de diarrhée et de constipation, troubles gastriques, signe d'un rétrécissement de l'intestin. Ces phénomènes ont été rencontrés dans des cas d'ectopie rénale avec adhérences, dans lesquels l'intestin comprimé n'avait plus de fonctionnement normal. Mais alors les commémoratifs et l'absence du rein dénotée par la percussion lombaire, la nature nauséeuse des douleurs provoquées par la pression de la masse morbide, les irradiations analogues à celles de la colique néphrétique, ont permis de trancher la difficulté.

L'accumulation des matières fécales n'est pas toujours facile à diagnostiquer; toutefois, après l'administration d'un purgatif, il est rare que les masses agglutinées ne changent pas de volume, de place et de caractère : on en trouve généralement dans le cœcum, et parfois on peut les isoler. Enfin, le plus souvent, ce sont des vieillards qui en sont atteints et qui présentent tous les symptômes d'un obstacle au cours des matières.

A gauche, la rate déplacée pourrait être confondue avec un rein mobile; toutefois elle est plus grosse. Nous savons qu'une altération pathologique de ce viscère se dénote, soit par l'existence d'accès fébriles intermittents antérieurs, soit par l'augmentation des globules blancs; si donc le malade a été atteint de l'une ou de l'autre de ces deux affections, on ne devra penser qu'à une altération de la sorte. Enfin l'examen de la région lombaire viendra confirmer le diagnostic. Rappelons-nous que l'ectopie rénale du côté gauche est beaucoup plus rare que de l'autre côté.

Il existe, enfin, un certain nombre de tumeurs qui se développent en des points divers de la cavité abdominale. On évitera de confondre avec le rein déplacé les tumeurs du mésentère, de l'ovaire, de l'utérus, de l'intestin. Outre que ces tumeurs offrent des signes fonctionnels en rapport avec l'organe dont elles dépendent, il faudra rechercher si elles présentent les caractères du rein flottant ou du rein irréductible, et c'est encore par l'examen physique qu'on pourra seulement arriver à une solution définitive.

On ne saurait trop insister sur la valeur de l'examen physique complet; il faut être bien convaincu de ce fait, que les tumeurs énumérées plus haut n'ont souvent que des caractères mixtes ou trop peu tranchés pour que, près du malade, on puisse en tenir suffisamment compte.

Le diagnostic différera chez la femme, suivant les diverses périodes de la maladie. Lorsque au début le rein, sans être sorti complétement de sa capsule, éprouve le retentissement de la fluxion cataméniale, la femme éprouve un malaise général, une tendance aux lipothymies, des douleurs vagues à la région lombaire, que l'on attribue à l'existence des règles. Il faut, toutefois, s'attacher à reconnaître si ces douleurs existaient aux époques précédentes et faire une exploration minutieuse des régions rénales. Il sera possible, dès ce moment, de reconnaître le début d'une affection dont on sera surpris un jour d'avoir méconnu l'existence et le développement graduel.

Les mêmes accidents se répètent plus tard quand le rein est définitivement déplacé; or leur intensité croissante ne permet plus de les rapporter à la fluxion génitale. Alors la présence d'une tumeur douloureuse à l'approche des règles, plus saillante, moins facilement supportée, doit donner l'éveil et conduire le médecin à rechercher les signes de l'ectopie rénale. On a pu croire, en pareil cas, à des inflammations de l'ovaire, à des péritonites circonscrites, à des hématocèles pelviennes. Là encore les caractères de la tumeur et le vide lombaire pourront seuls corroborer les résultat fournis par l'absence des signes de ces trois affections.

Pour ce qui est de l'ovarite, il est rare qu'un rein déplacé vienne se porter dans la cavité pelvienne, au niveau de l'ovaire malade. On a aussi signalé des cas de fausse grossesse qui n'étaient autres que des reins déplacés. Priestley en a observé plusieurs exemples, et Defontaine en cite un.

Les reins déplacés sont parfois si rapprochés de la paroi antérieure de l'abdomen, qu'on a pu les confondre avec des tumeurs de ces parois. Dans ces dernières, nous trouvons le plus souvent des altérations de la peau, telles qu'adhérences, rougeur diffuse, empâtement; la mo-

bilité n'existe pas, ou, si la tumeur peut être repoussée, elle ne dépasse pas la ligne blanche. De plus, la contraction des muscles abdominaux, ainsi que les inspirations profondes, les font saillir en avant, ce qui n'arrive pas pour le déplacement des reins. On ne retrouve pas davantage les signes caractéristiques sur lesquels nous avons insisté.

CHAPITRE V

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON, PRONOSTIC

Nous avons vu que le déplacement du rein n'a jamais été observé avant l'âge de la puberté, et aucun des auteurs qui ont publié leurs observations ne fait mention de la mobilité avant l'âge de dix-huit ans. MM. Bouchut, Giraldès et Roger, consultés par le docteur Martineau, ont déclaré ne jamais avoir eu l'occasion de rencontrer de reins flottants à l'hôpital des enfants auquel ils étaient attachés depuis près de vingt ans (année 1868).

L'apparition soudaine des symptômes propres à l'ectopie du rein nous a fait admettre une luxation congénitale, ou tout au moins une prédisposition particulière, en vertu de laquelle le rein devient très-aisément mobile. C'est ainsi que Peters a observé une dislocation soudaine du rein gauche, sans raison connue, sur une femme âgée de trente-huit ans, couturière.

S'il n'est pas facile de préciser exactement le début du déplacement, on peut du moins, une fois que la mobilité du rein a été reconnue, suivre la marche de la maladie et analyser les symptômes qu'elle présente. D'une manière générale, nous dirons que la luxation traumatique ou spontanée du rein est une affection essentiellement chronique, dont les malades n'ont souvent pas conscience et qu'ils peuvent ignorer toute leur vie. La marche de cette affection est celle de toutes les maladies chroniques; c'est dire qu'elle est caractérisée par des périodes d'exacerbation et de rémission dont les malades sont plus ou moins tourmentés. Une fois que le rein a effectué son déplacement, il

est rare de le voir reprendre sa place. Becquet croit cependant que, lorsque la menstruation s'accompagne d'une congestion régulière du rein, cet organe peut, durant les premiers mois, retourner à sa place, et ce n'est qu'à la suite de congestions souvent répétées qu'il devient flottant dans la cavité de l'abdomen. Le même auteur pense encore que le rein devenu mobile peut être fixé dans une position anormale par suite d'adhérences qui s'établissent avec les organes voisins. Oppolzer et Rayer citent deux cas où le déplacement du rein, parfaitement reconnu, n'aurait plus été retrouvé à la suite d'une grossesse qui vint compliquer la situation. Dans ces deux exemples, le développement physiologique de l'utérus aurait produit un effet inverse de celui que nous avons constaté jusqu'ici ; mais le talent des deux observateurs ne nous permet d'élever aucun doute sur le fait.

L'ectopie rénale n'a généralement aucune gravité par elle-même ; c'est une affection qui, restant souvent indolore, est souvent méconnue. Quand, au contraire, des douleurs se produisent, alors elle devient une gêne, une infirmité pour le malade, mais non une lésion compromettant ses jours. A l'époque de la ménopause, d'après les auteurs partisans des congestions cataméniales, on verrait les accidents s'amender.

Le pronostic devient fâcheux quand la tumeur, contractant des adhérences avec les organes voisins, devient irréductible. Alors, en effet, ainsi que nous avons insisté à ce sujet, les douleurs sont plus fréquentes et plus vives. La moindre pression de la région les réveille.

Mais ce sont surtout les complications qui peuvent se développer sur l'organe déplacé dont il faut craindre les suites fâcheuses pour la santé ; telles sont les néphrites et les pyélites.

TRAITEMENT DOUX

Prévenir la maladie, la guérir ou du moins soulager le malade, tel est le but vers lequel doit tendre tout médecin.

1° *Prévenir la maladie.* — Avant de faire connaître les moyens à l'aide desquels le déplacement du rein sera combattu, nous devons rechercher d'abord s'il est possible de l'empêcher de se produire. Les remarques faites depuis longtemps par M. Cruveilhier trouvent ici une application pratique. Tout le monde sait que ce savant professeur a signalé le déplacement que subissent les reins, et surtout le rein droit refoulé vers le bassin, chez les femmes qui usent de corsets fortement serrés. Nous devrons donc nous attacher, autant que la chose sera possible, à prouver aux dames que l'élégance purement conventionnelle d'une taille serrée n'est pas sans influence sur la conservation de la santé. Il ne serait même pas impossible d'obtenir la guérison d'une luxation du rein, si les malades voulaient consentir à porter un corset peu serré.

Afin de ne pas méconnaître le but du mal, il est nécessaire d'attacher plus d'importance qu'on ne le fait généralement aux douleurs que les femmes ressentent dans les reins et dans le ventre au moment des règles. Ces douleurs peuvent, dans certains cas, nous mettre sur la voie d'un déplacement du rein et nous faire reconnaître que la période menstruelle s'accompagne d'une congestion de la glande rénale. Nous devons alors prescrire le repos le plus absolu et exiger même que la malade conserve la position étendue, si les souffrances viennent à s'exaspérer. Comme adjuvants, nous donnerons des cataplasmes, des bains tièdes et toute la série des médicaments narcotiques.

Enfin, en thèse générale, nous conseillons d'éviter tout ce qui peut augmenter les souffrances : la danse, le saut, l'équitation et tous les exercices violents; nous y ajouterons même la station assise et la position verticale trop prolongée.

2° *Guérir ou du moins soulager le malade.* — Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade portant un rein qui forme tumeur dans l'abdomen, mais qui n'occasionne d'autres troubles qu'une sensation de pesanteur ou de tiraillement, à quel traitement doit-on recourir? La première indication qui se présente est la réduction. Nous chercherons

donc, par des pressions douces et réitérées, à refouler l'organe dans sa loge. Si nous arrivons à faire disparaître ce déplacement, un bandage de corps, un appareil contentif quelconque, joint à plusieurs jours de repos, sera placé au niveau de la région rénale. C'est ainsi que plusieurs fois on est parvenu, par ce simple traitement, à réintégrer l'organe dans sa cavité.

Un certain nombre de ceintures ont été employées dans ce but. La plus simple n'est autre chose qu'une ceinture hypogastrique munie d'une pelote légèrement concave, destinée à s'adapter sur la partie saillante du rein. La pelote en équerre nous semble préférable, car elle agit en deux sens: sa branche inférieure et horizontale protége et soutient l'organe, tandis que la verticale forme une barrière qui l'arrête en dehors. M. Peter a observé un beau cas de guérison au moyen d'une ceinture en tissu de caoutchouc munie d'une pelote concave. Ce résultat nous montre qu'il faut toujours agir et chercher un moyen de contention, au lieu de laisser la tumeur à elle-même.

Outre que l'application d'un bandage peut être suivie, à plus ou moins longue échéance, d'un succès définitif, on donne au malade une garantie contre les circonstances imprévues qui peuvent créer, au milieu d'une infirmité tolérable, des complications mortelles.

Ces ceintures sont maintenues par des sous-cuisses qui les empêchent de remonter. Par leur emploi, la paroi abdominale relâchée se trouve remplacée par une zone élastique, dont le ressort agit avec douceur et d'une manière continue.

Jusqu'ici nous n'avons considéré qu'un cas, celui dans lequel il y a rein mobile, exempt de toute complication. Mais, si en même temps il y a, soit une inflammation du tissu cellulaire environnant, soit, ce qui est peut-être plus fréquent, une congestion de l'organe lui-même, il est nécessaire, avant d'essayer toute espèce de manœuvre en vue de la réduction, d'instituer un traitement propre à amener la guérison de ces complications.

Contre cette hyperémie, qui se manifeste parfois avec intensité, on luttera en appliquant sur la région malade, ou des ventouses, ou des

sangsues. La médication antiphlogistique, dans cette circonstance, est formellement indiquée, pour amener la résolution des douleurs vives que détermine le processus inflammatoire et pour rendre plus tard la réduction plus facile. Mais, si le sujet est anémique, devons-nous nous abstenir? Nous répondrons : non ; car l'abstention, en pareille occurrence, ne fait qu'ajouter à une maladie générale, l'anémie, une affection locale, l'hyperémie.

L'ectopie est-elle acompagnée d'une autre maladie : l'hydronéphrose, les calculs, la pyélo-néphrite purulente, etc., nous agirons contre ces affections immédiatement, en usant de tout moyen capable d'en provoquer la disparition ; la guérison, ou tout au moins l'amélioration du malade, en dépend.

Si, en dehors de ces complications dépendantes du rein, il en existe d'autres, telles que la péritonite, les névralgies, l'anémie déjà mentionnée, nous formulerons un traitement contre chacune d'elles.

Contre les névralgies en général, l'usage interne et externe de la morphine ; l'hydrothérapie (eaux de Plombières et de Néris), contre l'hystérie.

Contre l'anémie, les toniques sous toutes les formes. Les préparations de quinquina et celles de fer doivent tenir le premier rang dans la chloro-anémie.

Observation VI (inédite)

(Communiquée par M. le professeur agrégé Chalot.)
(Hôpital Saint-Eloi)

Rein flottant droit, ou sarcome lobulé du grand épiploon

Doulet (Marie), vingt-quatre ans, domestique, née à Villedieu (Lozère).

Le 7 mars 1877, cette femme s'est aperçue d'une tumeur au flanc droit, remontant à deux mois environ. Cette tumeur descend vers le bas ventre, quand cette personne marche ou fait des efforts.

Examen direct : ventre souple, flasque, couvert de vergetures. Pas de bosselure abdominale. A la palpation du flanc droit, tumeur lobulée à surface irrégulière, paraissant échancrée inférieurement, volumineuse comme un rein d'adulte, à limites bien tranchées, mobile en tous sens, douloureuse à la pression ; elle descend quand la malade tousse, s'assied ou plie ses genoux.

La paroi abdominale ploie aisément sous elle. A la percussion, submatité correspondante à toute la partie occupée par la tumeur ; sonorité partout ailleurs.

On doit se demander si les reins sont à leur place normale, à cause de l'embonpoint. La rate et le foie sont à l'état normal. Rien du côté des voies urinaires.

Cette malade a un teint pâle, jaunâtre, quoique d'embonpoint notable. Siphylides au front et aux joues. Bon appétit, pas de crampes d'estomac, selles régulières, quelquefois des palpitations. Ne souffre pas en urinant ; urines claires et d'abondance ordinaire. Parfois leucorrhée supplémentaire.

Cette malade a été réglée à treize ans. Règles régulières tous les vingt-cinq jours ; elles durent deux ou trois jours ; elles sont pâles. A eu un enfant, il y a deux ans. Accouchée au forceps. Pas de maladies antérieures personnelles et héréditaires. Tempérament lymphatique.

Au 20 mai, cette femme porte une ceinture hypogastrique élastique, qui la soulage beaucoup.

Partie le 7 avril 1877.

TRAITEMENT SANGLANT

Néphrorraphie et néphrectomie

Nous avons parlé plus haut du traitement ordinaire des reins flottants ; il ne nous reste qu'à apprécier en quelques lignes le traitment sanglant.

La chirurgie de l'abdomen, comme, du reste, la chirurgie en général, a pris un essor admirable dans ces quinze dernières années, c'est-à-dire depuis l'apparition de la méthode antiseptique de Lister, depuis les perfectionnements variés de l'hémostase. La fièvre opératoire, qu'on me passe l'expression, est si intense, du moins à l'étranger; la confiance dans les moyens chirurgicaux et dans la puissance de l'antisepsie est si profonde, qu'à l'heure actuelle on a porté la main sur tous les viscères de l'abdomen.

La néphrorraphie, ou fixation chirurgicale du rein, ou opération de Halm, a été pratiquée plusieurs fois. La statistique de Verneuil n'est pas en sa faveur.

La néphrectomie, ou extirpation du rein, a été également pratiquée plusieurs fois. Andrea Ceccherelli, professeur à Parme (*Rivista clinica*, avril 1884), cite huit cas de réussite jusqu'à ce jour et un cas d'insuccès, qui est le sien. Il est partisan de l'opération.

Quant à nous, nous nous déclarons contre, à part les cas où le rein est atteint de tumeur de mauvaise nature, et nous appuyons notre dire sur la statistique suivante, que M. Chalot a bien voulu nous fournir : sur 21 cas qu'il a pu réunir, la moyenne des morts est de 42,9 pour 100. En présence de ce résultat, nous persévérons dans notre façon de penser, qui est de n'employer le traitement sanglant que pour quelques cas très-rares.

Vu :
Le Président censeur,
CASTAN.

Vu et bon à imprimer :
Le Premiers Assesseur,
GRASSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!